

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **330** Société : **RAT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **JABLINE MINA**

Date de naissance :

Adresse : **NE 810 Flouzy, APT 29, Rue Anouar**

Kenitra

Tél. : **066068688** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL HARIK Abdellatif
Médecine Générale
Avenue Med + Rue Seoud N° 5
Le hope center Bureau N° 3 entre -sc:
Tél : 06 72 86 29 33 / 05 50 02 53 65

Date de consultation : **06/02/94**

Nom et prénom du malade : **Jabline Mina** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **candide falcis d'origine**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Kenitra*

Le : *18/03/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0033467**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26.2.24	C		200	<i>DR EL HABIB ADHERENT MEDECIN OMNIPRACTIONNEL Tel: 06 22 86 29 33 06 20 69 55 81</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Centre Ville Dr. BEN MESSAOUD FOUA Tél.: 05 37 37 67 29 20/02/24</i>	26/02/24	64,10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>IN</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

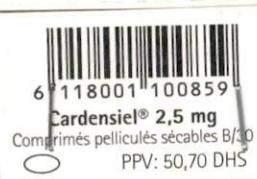
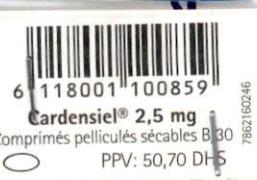
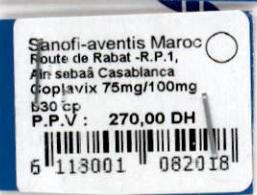
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

الدكتور الحبيب عبد اللطيف
Dr. EL HABIB Abdellatif
عيادة طيبة
Cabinet Médical

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Diplômé de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat
TÉL.: 05 50 02 53 65 / 05 30 13 20 47 / 06 63 29 38 53
06 20 69 55 87 / 06 72 86 29 33
SMART FAX: 05 30 60 12 22
ICE N°: 002099991000041
I.F.N°: 30001025 - T.P.N°: 20880067
INPE: 051152825



قرب محطة شال شارع محمد الخامس
المكتب رقم 3 - القنيطرة

N° 15, La Shope Center Rue Sebou
En face Station Shell, Avenue Med V
Bur. N° 3 Entre sol - Kénitra

Kénitra, le 26. Dc. 86
القنيطرة، في
Nom : habib
Pénom : mina

x 2

Coplavix 70/100

(S)

x 2 myl V

C carden siel 2,5

(D)

myl V

Traitement de deux mois

6 myl V

DR EL HABIB Abdellatif
MEDECIN OMNIPRACTICIEN
Tel: 06 72 86 29 33
06 20 69 55 87

Pharmacie Centre
BEN MESSAOUD FOUAD
Tél: 05 37 37 67 79